
住院患者发生猝死的护理应急预案

1、发现患者在病房内猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，应立即进行胸外心脏按压、人工呼吸等急救措施，同时，请旁边的医务人员或家属帮助呼叫其他医务人员。

2、增援人员到达后，立即根据患者情况，依据心肺复苏抢救程序，配合医生采取各项抢救措施，抢救中应注意心、肺、脑复苏，及时开放静脉通路，必要时开通两条以上静脉通路。

3、发现患者在走廊、厕所等病房以外的环境猝死，在迅速做出正确判断后，立即，就地抢救，行胸外心脏按压、人工呼吸等急救措施，同时，请旁边的患者或家属帮助呼，叫其他医务人员。

4、其他医务人员到达后，按心肺复苏抢救流程迅速进行心肺复苏，及时将患者搬至病床上，搬运过程中不可间断抢救。

5、在抢救中，应注意随时清理环境，合理安排呼吸机、除颤仪、急救车等各种仪，器的摆放位置，腾出空间，利于抢救。

6、参加抢救的各方人员应注意相互密切配合，有条不紊，严格查对，及时做好各，项记录，并认真做好与家属的沟通、安慰等心理护理工作。

7、按“医疗事故处理条例”有关规定，在抢救结束6小时内，据实、准确地记录，抢救过程。

住院患者发生误吸的护理应急预案

1、住院患者发生误吸而突然发生病情变化后,护理人员要根据病人具体情况 况进行抢救处理。

2、当患者处于清醒状态时:取站立身体前倾位,医护人员站在患者身后,一手抱,住上腹部,另一手拍背;当患者处于昏迷状态时;可让患者处于仰卧位,头偏向一侧,医护人员按压腹部,同时用负压吸引器吸引;也可让患者处于俯卧位、医护人员进行拍背。在抢救过程中要观察误吸患者面色、呼吸、神志等情况,并请旁边的患者或家属帮助呼叫其他医务人员。

3、其他医务人员应迅速备好负压吸引用物,(负压吸引器、吸痰管、0.9%生理盐水、开口器、喉镜等),给误吸患者行负压吸引,快速吸出口鼻及呼吸道内的吸入异物。

4、当患者神志不清,呼吸心跳停止时,应立即进行胸外心脏按压、气管插管、人工呼吸机辅助呼吸、心电监护等心肺复苏抢救措施,并遵医嘱给予抢救用药,

5、及时采取脑复苏措施,如给予患者头戴冰帽保护脑细胞,遵医嘱给予患者脑细胞活性剂、脱水剂等。

6、严密观察患者生命体征、意识和瞳孔变化,发现异常,及时通知医师采取措施.

7、患者病情好转,神志清楚,生命体征平稳后,给予以下护理措施:

(1)清理口腔,整理床单位,更换脏床单及衣物。

(2)安慰患者和家属。

(3) 按“医疗事故处理条例规定”,在抢救结束 6 小时内,据实、准确地记录抢救过程.

8. 待患者病情完全平稳,精神较好时,向患者详细了解发生误吸的原因,制定有效的预防措施,尽可能的防止类似情况再次发生。

住院患者发生精神症状的护理应急预案

1、护理人员发现患者出现精神症状，立即向医生汇报并通知其家属。患者出现精神症状期间，要有家属陪伴。

2、在兴奋和有伤人企图的患者面前，护士应做到冷静、沉着、大胆，同时也要注意自我防护，防止被患者咬伤、打伤等意外事情的发生。

3、对于躁动患者应专人重点护理，必要时采取约束措施，防止跌伤、坠床，标示疏散相邻患者和家属，以免误伤。同时要经常观察被约束患者的肢体颜色，以便了解血运情况。

4、尊重患者，以消除患者的恐惧和敌对情绪。

5、严格管理患者用物，如刀子、剪子、热水杯等易造成自伤和伤人的物品，禁止放在患者周围。

6、吃药时要看着患者咽下，经检查确认服下后方可离去，最好在患者开始吃饭时，喂药，以免患者将药藏在手里或颊部。

7、测试体温时应有专人始终守护在患者身旁，免造假或将体温表作为伤害性物品。

8、配合医生向家属交待病情，根据病情遵医嘱转院。

住院患者发生输血反应的护理应急预案

- 1、患者输血时,责任护士每 15 分钟巡视一次,询问患者主诉,如出现寒战、高热、腰痛等输血反应症状时,应立即停止输血。
- 2、及时通知医生到场。
- 3、护士为患者吸氧、保暖、监测生命体征。
- 4、遵医嘱给药抢救。
- 5、备好急救车等物品。
- 6、连同输血器等剩余的血制品、血袋(保持无菌状态)送血库检查

住院患者发生输液反应的护理应急预案

- 1、当患者发生输液反应时,护士立即到患者身边,暂时停止输液,必要时吸氧,并立即通知医生.
- 2、如为发热反应,应注意为患者保暖并测量体温,高热者遵医嘱给予物理降温及抗过敏药物或激素治疗。
- 3、如发生肺水肿,立即使患者取坐位,双下肢下垂,给予高流量吸氧,并在湿化瓶内加入 30-50 %的酒精,缓解缺氧症状,同时配合医生及时抢救。
- 4、如发生空气栓塞,立即使患者取左侧卧位和头低脚高位,同时配合医生积极抢救.
- 5、如发生静脉炎,应协助患者抬高患肢,遵医嘱给予湿热敷、理疗。
- 6、患者发生发热反应后,应将全套输液物品封存、冰箱保存、并及时报告药剂科、医务处、护理部.
- 7、备好急救车等物品。

住院患者发生化疗反应药物外渗的护理应急预案

- 1、注射药物时怀疑漏出或漏出血管，须立即停止注药或输液。
- 2、将针头保留并将注射器回抽后注入解毒剂。
- 3、遵医嘱给药,皮下注入解毒剂。
- 4、冰敷 24 小时（止痛并使解毒剂停留于局部以发挥作用）
- 5、抬高患肢。
- 6、如疼痛不缓解遵医嘱给药局部封闭。
- 7、及时报告医生并详细记录药物渗漏情况。

急性上消化道大出血患者的抢救预案

1、发现患者消化道大出血时,立即通知医生,迅速建立静脉通道(休克患者建立两条以上静脉通道),补充血容量。遵医嘱抽血、备血、急查血常规。

2、如患者继续出血,出血量 $>1000\text{ml}$,心率 >120 次/分,血压 $<80/50\text{mmHg}$,且神志恍惚、四肢厥冷,说明患者出现失血性休克,应加快静脉输液速度。遵医嘱静脉给予各种止血剂、新鲜血或706代血浆等补充血容量。

3、备好各种抢救用物,如三腔二囊管、负压吸引器等。如为肝硬化食道静脉曲张破裂出血,应配合医生插入三腔二囊管压迫止血,同时准备100:8正肾素冰盐水协助洗胃。

4、静脉应用垂体后叶素或生长抑素时,应遵医嘱严格控制滴速,防止速度过快而引起心悸、胸闷、头晕等不良反应。

5、严密观察病情变化:给予心电及血压监护,做好危重病人监护记录。大出血期间每15-30分钟测量生命体征一次,病情稳定46小时后可改为1-2小时一次,12小时后改为4-8小时测一次。

6、注意观察患者呕吐物及大便的性质、量、颜色,同时准确记录出入量。密切观察患者神志、面色、口唇、指甲的颜色,警惕再次出血。

7、保持呼吸道通畅,给予氧气吸入。呕血时头偏向一侧,避免误吸,备好负压吸引器,及时清理呼吸道及口腔血迹。

8、患者绝对卧床休息，取平卧位并抬高下肢,以保证脑部供血.保持室内安静、清洁、空气新鲜,及时更换污染被褥。注意为患者保暖，避免受凉。

9、患者大出血期间，应严格禁食，出血停止后,可遵医嘱给予温冷流食，逐渐过渡到高糖、低蛋白、无刺激的少渣食物。注意保持口腔卫生，做好口腔护理。

10、作好患者的心理护理,大出血时陪伴患者，使其有安全感.听取并解答患者或家属的疑问，以减轻他们的恐惧和焦虑心情。

患者突然发生病情变化时应急预案

- 1、应立即通知值班医生.记录病情变化的时间。
- 2、做好抢救的准备工作。
- 3,配合医生抢救.
- 4、必要时通知患者家属。
- 5、某些重大抢救或重要人物抢救、应及时通知医务处、护理部.节假日、夜间通知院行政值班室。
- 6、做好抢救护理治疗，在抢救 6h 之内据实补记护理记录。

-
- 1、一旦发生管道脱落、立即采取必要的紧急措施。
 - 2、协助病人保持合适体位，安慰患者。
 - 3、立即报告经治医生或值班医生。
 - 4、观察患者生命体征和专科症状,不得随意将管道进行回纳,协助医生采取相应的措施。
 - 5、认真做好护理记录。

1、当患者突然跌倒时，护士应立即到患者身边，检查患者摔伤情况，并及时通知医生判断患者的神志、受伤部位、伤情程度以及全身状况。

2、对疑有骨折或肌肉韧带损伤的，要根据损伤的部位和伤情采取相应的搬运患者方法，将患者抬至床边，请医生对患者进行检查，必要时遵医嘱行 x 光片检查及其它治疗。

3、对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者轻抬至病床，严格观察病情变化，注意瞳孔、神志、呼吸、血压等生命体征的变化情况，通知医生，迅速采取相应的急救措施。

4、受伤程度较轻者、可搀扶或用轮椅将患者送回病床，嘱其卧床休息，安慰患者，并测量血压、脉搏，加强巡视，根据病情做进一步的检查和治疗。

5、对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用碘伏清洗伤口后，用无菌敷料包扎；对于创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风针。

6、加强巡视，及时观察采取措施后的效果，直到病情稳定。

7、准确及时书写护理记录，认真交接班。

8、向患者了解当时摔伤情景，分析跌倒原因，向患者做宣教指导，提高患者自我防范意识，尽可能避免再次跌倒。

9、检查病房设施，不断改进完善，杜绝不良隐患。

10、按护理安全(不良)事件与隐患缺陷报告制度有关规定上报处理。

11、上报流程:患者摔倒→护士立刻赶到患者身边并报告医生→采取相应

24 小时内报护理部→填写护理不良事件上报表

1、患者不慎发生坠床时,护士应立即到患者身边,采取必要的护理措施,并迅速,通知医生查看患者全身状况和局部受伤情况,初步判断有无危及生命的症状,有无骨折,肌肉、韧带损伤等情况。

2、配合医生为患者进行检查,根据伤情采取必要的急救措施。

3、加强巡视至病情稳定,巡视中严密观察病情变化,发生异常及时通知医生。

4、及时、准确记录病情变化,认真做好交接班。通知患者家属。

5、按护理安全(不良)时间与隐患缺陷报告制度有关规定上报处理。

6、上报流程:做好安全防护→发生坠床→护士立即赶到并通知医生→采取相应处理措施→24小时内报护理部→填写护理不良事件上报表,

-
- 1、当患者有自杀念头时,应立即报告医生及护士长向上级领导汇报。
 - 2、没收锐利物品等防止发生意外。
 - 3、做好协调工作,将患者转至单独房间,通知家属,要求 24 小时陪伴,不得离开。
 - 4、详细交接班,同时多关心患者、掌握患者的心理状态。
 - 5、若患者不同意转至单独房间,将同室患者转入其它房间,防止意外情况的发生。

1、护士首先巡视房间、了解掌握患者情况。如发生患者不在或通过同室患者确定为外出时,应立即通知主管医生或值班医生,特殊病例应通知院总值班室。

2、立即用通讯工具与患者家属取得联系,同时上报护士长。

3、节日期间除通知主管医生外还应立即通知护士长及行政值班室。

4、患者回来后应立即回复主管医生、护士长及行政值班。

5、护士还应为返院患者及时测量体温、脉搏,需要治疗者应立即实施,并做好护理记录。

住院患者自行离院应对预案，

- 1、当发现住院患者不知去向时,应立即通知值班医生、护士长。
- 2、通知院保卫科院内寻找,或派人到附近寻找患者。
- 3、并尽快与患者家属取得联系。
- 4、若寻找不到患者,通知护理部、医务处、行政值班室。
- 5、进一步评估患者的潜在危险,与家属交待。
- 6、客观记录事情经过,向主管部门报告。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/838133123110006134>